

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF Dona
Laura em Marcelino Vieira/RN**

Osmar Gonzalez Dominguez

Pelotas, 2015

OSMAR GONZALEZ DOMINGUEZ

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF Dona
Laura em Marcelino Ramos Viera/RN**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do SUS (UFPEL/UNASUS), como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família (área do conhecimento: Ciências da Saúde).

Orientadora: Fabiane Vargas de Vargas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

D671m Domínguez, Osmar González

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF Dona Laura Em Marcelino Ramos Viera/RN / Osmar González Domínguez; Fabiane Vargas de Vargas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vargas, Fabiane Vargas de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus pais pela educação e amor que me deram; a meus filhos e esposa por estarem sempre presentes, os meus irmãos e amigos pelo apoio incondicional.

Agradecimentos

Agradeço a meu país por dar-me a oportunidade de trabalhar com outros povos necessitados; à universidade no Brasil por permitir que continue meu desenvolvimento profissional, a minhas orientadoras ao longo do curso pela paciência para comigo e a minha equipe de trabalho que forma parte de minha família.

Resumo

GONZALES, Dominguez Osmar. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF Dona Laura em Marcelino Ramos Vieira/RN**. 2015. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

A intervenção tem como objetivo geral o programa que busca Atenção à Saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Dona Laura, cidade de Marcelino Vieira, Rio Grande do Norte. A mesma se desenvolve na UBS em doze semanas, realizado pela equipe de saúde junto com o trabalho dos demais programas. Quando nos deparamos com o material disponibilizado e comparamos com a realidade do povo brasileiro, percebemos que é preciso fazer mudanças no estilo de vida da população, hábitos e costumes, além de fazer mudanças nos fatores de risco da população. Existe uma alta prevalência e incidência de doenças crônicas no Brasil, tendo muitas morbidades e mortalidade por estas causas, as pessoas idosas tem maior porcentagem, mas não escapam os jovens. Marcelino Vieira é um município pequeno apresentado 70% da população maior de 20 anos. O município dispõe de uma UBS que situa-se no centro da cidade, com o modelo assistencial ESF e Saúde Bucal. Pela localização da UBS, tem uma população grande, idosa, sobre tudo com doenças crônicas. No início, organizamos o trabalho para melhorar a quantidade da atenção á população, assim como para melhorar a qualidade dos atendimentos, dessa forma foi que iniciamos a intervenção, que atingiu 396 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 39,1% e 53,7% de cobertura respectivamente em 12 semanas de desenvolvimento da mesma. Os resultados quantitativos, mas significativos obtidos foi o número de usuários com adesão ao programa, os resultados qualitativos mais significativos obtidos se demostram na qualidade com que se desenvolveram todos os itens planejados na população atendida. A importância da intervenção para a comunidade é a satisfação do trabalho feito de forma geral, esses usuários já tem os dias específicos para o atendimento, recebem consultas integrais, e o médico de forma regular, tem envolvimento dos hipertensos e diabéticos na melhoria da saúde individual, já tem uma atenção médica de qualidade, muitos dos usuários atingidos suas doenças foram descobertas pela ação da atividade, quanto antes se avalie permite fazer um controle dos fatores de risco, um tratamento eficaz e evitar as complicações. O desenvolvimento do projeto para o serviço trouxe melhoras no acolhimento, na forma de escuta e atenção aos usuários, o fluxograma da unidade mudou para melhor, usou-se espaços e momentos do dia de trabalho para desenvolver ações de saúde que antes não existia, a equipe de saúde preparou-se melhor para atingir um número maior de usuários, brindo uma atenção mais integral com conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento dessa ação programática para cada usuário nessa faixa etária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso da unidade de saúde de Dona Laura.	74
Figura 2	Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao diabético da unidade de saúde de Dona Laura.	75
Figura 3	Fotografia da pronúnciação aos usuários do Projeto de Intervenção.	99
Figura 4	Fotografia da pronúnciação da equipe pelo Projeto de Intervenção	99
Figura 5	Fotografia da reunião de capacitação da equipe e NASF	100
Figura 6	Fotografia de a visita domiciliar da equipe e NSAF	100
Figura 7	Fotografia da avaliação nutricional dos usuários	101
Figura 8	Fotografia da consulta do programa	101
Figura 9	Fotografia da pesquisa dos usuários da intervenção	102
Figura 10	Fotografia da intervenção médica na palestra para grupo de usuários do programa com intercambio	102

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SACA	Serviço de avaliação, Controle e Auditoria.
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise situacional.....	11
1.1 Situações da ESF/APS em meu serviço.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentários comparativos do texto "Qual a situação da ESF/APS em meu serviço" e Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral:.....	28
2.2.2 Objetivos específicos:.....	28
2.2.2 Metas:.....	28
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Ações:.....	29
2.3.2 Indicadores:.....	59
2.3.3 Logística.....	61
2.3.4 Cronograma.....	68
3 Relatório da Intervenção.....	69
3.1 Ações previstas que foram desenvolvidas.....	69
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	71
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	71
4 Avaliação da Intervenção.....	73
4.1 Resultados da intervenção.....	73
5 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	88
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Apêndices.....	98
Anexos.....	100

Apresentação

O trabalho consiste na Atenção à Saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Dona Laura, cidade de Marcelino Vieira, Rio Grande do Norte.

A primeira é a Análise Situacional, que inclui o diagnóstico da Unidade de Saúde, de acordo com estrutura, processo e resultado.

A segunda é a Análise Estratégica que abarca o planejamento da intervenção, com foco na organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação, e a qualificação da prática clínica com objetivos, metas e indicadores claramente definidos na confecção do projeto.

A terceira seção é o Relatório da Intervenção onde se expõe todas as atividades realizadas referentes ao foco da intervenção, as dificuldades encontradas e as mudanças que foram realizadas na prática em relação ao projeto.

A quarta é a Avaliação dos Resultados da Intervenção que inclui: Resultados, Discussão,

A quinta e sexta seções são o Relatório da intervenção para Gestores e o Relatório da Intervenção para a Comunidade.

A sétima a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

1 Análise situacional.

1.1 Situações da ESF/APS em meu serviço

Eu Osmar Gonzalez Dominguez estou fazendo o curso de especialização na atenção básica no Brasil, sou médico cubano, eu me formei em 1991, tenho 24 anos de experiência no trabalho da medicina familiar, já trabalhei em Cuba e na Venezuela, agora comecei a trabalhar no Brasil desde Janeiro de 2014, no município Marcelino Vieira. Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) chama-se Dona Laura localizada no centro da cidade, uma construção nova, tamanho média ainda não bem equipada, com um coletivo de trabalho mediano, porque atende uma população equivalente a duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Têm serviços de recepção, arquivo, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de esterilização, refeitório, sala de coletas de sangue, consultórios, banheiros para trabalhadores e os usuários, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atendem outros médicos especialistas dias específicos no mês. O coletivo está integrado por um diretor, cinco enfermeiros, quatro técnicas em enfermagem, uma auxiliar geral, quatro técnicos em odontologia, quatro odontólogos, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e o médico clínico geral integral.

No início da intervenção tinha seis meses de trabalho na UBS, nesse momento estamos organizando o trabalho para melhorar atenção à população. A unidade está localizada no centro da cidade com uma população de mais de quatro mil habitantes, a população idosa grande com muitas doenças crônicas e uma demanda espontânea significativa. Todos os dias atingiram consultas agendadas, demandas espontâneas e urgências. Na quarta-feira pela manhã ocorrem às visitas domiciliares, pela tarde de quarta e sexta-feira docência, última sexta do mês: reunião com toda a equipe.

Em relação às consultas agendadas pelos ACS, temos os usuários de sua micro área que não podem ficar cedo na UBS ou familiar de usuários acamados, doenças crônicas que precisam de atenção regular, os demais agendamentos são feitos pelo médico, as enfermeiras e resto da equipe. Na área tem uma população geral de 4894 habitantes, total de famílias 1284, gestantes: 16; menores de 1 ano: 17, hipertensos: 744, diabéticos: 140. A unidade está dividida em 6 micro áreas bem delimitadas com um ACS por cada uma, não temos área descoberta mais a população por ACS está por acima do permitido.

O clima desta área é semidesértico, chove pouco, as condições da água de consumo não têm a qualidade requerida, uma parte da população compra água mineral, a maioria toma água de poço sem tratar, abundam as doenças renais como litíase, digestivas como gastrite por H. Pylori, vermes e dermatológicas.

Nossa área de atenção tem uma parte do centro da cidade bem eletrificada, e pavimentada com a rede higiênica sanitária e todas as condições de infraestrutura e socioeconômica cultural, mas se desvia para a periferia e em algumas ruas não tem essas condições sinalizadas. Os processos de saúde-doença vão desde doenças crônicas não transmissíveis, próprias do país, até doenças infecciosas. Além disso, temos um grande problema a derrotar, costumes e tabus próprios da medicina anterior que estão vigentes tais como quer fazer exames ou encaminhamentos sem ter uma ideia clara de qual é o seu principal problema de saúde, sem atenção médica verdadeira, o médico e o próprio usuários, automedicação, buscar receita de medicamentos, como psicotrópicos, e antibióticos sem consulta adequada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município Marcelino Vieira do Rio Grande do Norte tem uma população de mais de 8.265 habitantes, em sua estrutura existem quatro equipes da saúde da família, na zona urbana e na zona rural, na cidade está a UBS Dona Laura com uma população em sua área de abrangência de 4894 habitantes, o município também conta com o apoio de NASF e CEO, a atenção especializada é feita no município regional Pau dos Ferros que fica aproximadamente a 30 quilômetros na capital do Estado Natal que fica a 390 quilômetros do município, o sistema hospitalar conta com uma maternidade com seis leitos para o ingresso, os exames complementares

são feitos na mesma maternidade e outros laboratórios privados dentro do próprio município e fora de este.

A unidade de saúde da cidade Dona Laura onde trabalho tem boas condições estruturais e tem um modelo de atenção de ESF, presta serviço uma equipe de saúde da família composto por médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, odontólogo, técnico em saúde bucal e três ACS. A unidade de saúde também é compartilhada com outra equipe de saúde da família do município, eles fazem consultas de puericultura pré-natal, consultas das crianças e odontológicas. Na unidade com boa estrutura física, mas com uma sala pequena para a recepção dos usuários, pouca ventilação nas salas de consultas, falta de balanças para o peso das crianças, megascópio, foco de luz para avaliar casos ginecológicos, glicômetro, porta bisturi para fazer cirurgias menores, pote para coleta de escarros, todo isso afeta a qualidade de atenção, temos que fazer a dupla pesagem tomar primeiro o peso da mãe com a criança e logo da mãe sozinha para calcular o peso ideal da criança, o trabalho se torna lento e que pode provocar erros na pesagem das crianças, a falta de megascópio dificulta uma boa visualização dos raios-X e fazer um diagnóstico de certeza, os casos ginecológicos temos que utilizar uma lanterna pequena com pobre iluminação que prejudica a qualidade das consultas podendo ter erros no diagnóstico, a falta de um glicômetro para avaliar a glicemia em diabéticos temos que enviar a maternidade para conhecer seu estado metabólico com retardo no diagnóstico colocando em risco a vida do usuário, a falta de porta bisturi aumenta o risco de acidentes dos profissionais durante as pequenas cirurgias, às vezes se deixam de fazer procedimentos cirúrgicos por esta causa e os usuários ficam esperando, por falta de potes para coletar escarros deixamos de fazer vigilância dos sintomáticos respiratórios de mais de 14 dias demora no diagnóstico favorecendo a propagação da doença, como podemos ver a falta de estes suportes diagnósticos conspiram com um adequado diagnóstico das doenças de fácil diagnóstico na UBS, provoca retorno reiterado dos usuários á UBS permanecendo lotada, existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos que ainda é insatisfatório, dificultando a prestação de serviço em quantidade e qualidade para os usuários.

Em nossa UBS a reposição do material de consumo é frequente e com boa cobertura que satisfaça a demanda dos pacientes atendidos, realizam a revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balanças anualmente, pobres cobertura dos

medicamentos para os problemas agudos e as doenças mais comuns tendo que enviar á outra unidade de saúde ou comprar, provocando demora no tratamento e a qualidade da atenção.

As atividades feitas pela equipe da saúde contemplam atividades de educação para a saúde aos diferentes grupos de pessoas com doenças crônicas da comunidade, incrementos das visitas domiciliares com resolução de problemas de cuidados de nível básica aumentaram os indicadores de vigilância epidemiológicas das doenças transmissíveis, incrementamos o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e novos casos de incidência destas doenças, Há dificuldades com o acompanhamento de 100% das gestantes, crianças, idosos e doenças crônicas da área, tudo isto diminui a quantidade de consultas a realizar dos programas, aumentando o risco de complicações. Temos dificuldades com as contra referências dos pacientes que são referenciados para outras unidades provocando demora no acompanhamento e abandono do tratamento, pouca participação popular nos conselho locais da saúde e no Conselho Municipal de Saúde (CMS) o que repercute na participação social na solução dos problemas de saúde da comunidade, aplicamos alternativas para melhorar e lograr o cumprimento destas atribuições como incrementar as atividades de promoção de saúde na unidade, na comunidade, grupos de risco e população com doenças crônicas, fazemos visitas domiciliares dos grupos de risco e os doentes que retornam da internação para garantir a continuidade do tratamento e acompanhamento, convocamos ao CMS e aos conselhos locais de saúde para garantir uma participação ativa da população no enfrentamento dos problemas de saúde.

A população da área adstrita á UBS é de 4894 habitantes aproximadamente, o perfil demográfico da população da área adstrita pela estimativa da população deve ter uma população de:

Mulheres idade fértil –1616

Mulheres 25 -64 anos –1230

Menores de 1 ano -- 61 ano,

Menores 5 anos --130

Pessoas 5 -14 anos -- 849

Pessoas 15 -59 anos – 3150

Pessoas com 60 ou mais – 529

Pessoas entre 20 – 59 anos – 2691

Pessoas com 20 anos ou mais – 3220

Pessoas com 20 ou mais com hipertensão – 1014

Pessoas com 20 ou mais com diabetes – 190

Em nossa unidade o acolhimento do usuário é feito adequadamente na recepção da unidade pelas enfermeiras da equipe de saúde com a escuta dos usuários, elas são capazes de avaliar as necessidades de cada pessoa de forma individual, fazem a classificação de acordo com os riscos e dá prioridade às urgências médicas. Outros profissionais realizam acolhimento na UBS como o médico e o técnico em enfermagem, o acolhimento é realizado todos os dias de atendimento da UBS e em todos os turnos de manhã e de tarde. Em nossa unidade são acolhidos todos os usuários que chegam, tem um tempo de demora até dez minutos e damos prioridade às urgências médicas que são feitas na hora, os trabalhadores das equipes tem conhecimento de avaliação e classificação do risco biológico, de vulnerabilidade social para definir o fazer acompanhamento dos usuários.

O médico é quem oferece atendimento aos usuários com problemas de saúde agudos, e não existe excesso de demanda para consultas de usuários com este tipo de problemas, mas os enfermeiros oferecem atendimento aos usuários com problemas de saúde agudos, a equipe de saúde quando tem um excesso de demanda de atendimento imediato-prioritário realizamos o encaminhamento para outra unidade de saúde. Os usuários solicitam consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos e são atendidos no dia, também de forma agendada pelos ACS, não tem excesso de demanda. Na UBS oferece serviço de prótese dentária e tem excesso de demanda para este serviço.

Em relação à **saúde da criança** na UBS a puericultura é feita pelo médico e pelo enfermeiro da equipe, só realizamos puericultura aos menores de 12 meses e alguns de 12 a 23 meses, o resto dos grupos etários das crianças não são acompanhados em puericultura, se realizam consultas todos os dias da semana. As crianças por faixa etária temos 61 menores de um ano e 130 menores de 5 anos. Os problemas de saúde agudos recebem atendimento do médico, aplicamos os protocolos de atendimento para as crianças como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-

atendimento, eles saem com a próxima consulta agendada, realizamos atividades de promoção de saúde em aleitamento materno exclusivo, promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de anemia, triagem neonatal, imunizações e prevenção de acidentes. A consulta é registrada na caderneta da criança e prontuário médico. Não temos registros específicos como formulários especiais da puericultura, ainda existem muitas dificuldades com a quantidade de puericulturas a realizar dentro da área de abrangência da UBS.

A cobertura da quantidade de consultas feitas às crianças menores de um ano e o resto dos grupos etários é menor e não corresponde com as estimativas para a população da área, ainda existem consultas das crianças que não são feitas em tempo de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), são feitas em 94% (34 crianças) dentro do tempo adequado, em 33% (12) com atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, fazem em 78% das consultas de puericultura nos primeiros sete dias (28), ou seja em 28 crianças, não é feita a triagem auditiva, 94% (36) das crianças tem as vacinas em dia, e 83% (30) das crianças fizeram avaliação da avaliação da saúde bucal. Todas as atividades são planejadas e monitoradas por a equipe quinzenalmente nas reuniões da equipe, os membros da equipe participam ativamente nas atividades dos diferentes programas.

Há aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a saúde da criança, dentro a equipe da saúde deve trabalhar com o formulário especial da puericultura registrando os atendimentos, revisando periodicamente os arquivos de controle das consultas pelo menos uma vez por semana, desta forma pode-se verificar as crianças faltosas. Também identificar atraso em vacinas, consultas e registro do peso, identificar as crianças de risco para um melhor controle e acompanhamento e também avaliar a qualidade do programa.

É necessário fazer as reuniões das equipes de saúde uma vez por semana para dar continuidade as tarefas planejadas e garantir a participação ativa de todos os membros da equipe. Para melhorar esses indicadores de saúde podemos remarcar as consultas de crianças que não frequentam em tempo a consulta agendada, que a equipe da saúde faça uma visita domiciliar a toda mulher depois do parto na primeira semana para garantir sua participação na consulta, que o médico e o enfermeiro façam a triagem auditiva como está fornecido deixando registro no prontuário, recuperar a vacinação das crianças que estão foras de tempo através de

uma nova reprogramação da mesma, que as crianças sejam avaliadas pelo dentista no mesmo dia da consulta agendada para equipe da saúde.

A atenção ao **pré-natal** é realizada os três dias da semana são agendados, o atendimento é para gestantes da área de abrangência e também para muitas que estão fora da área. Contempla uma série de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento adequado durante todo o ciclo gravídico, parto e puerpério com o objetivo de prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança. Damos solução aos principais problemas que ocorrem neste período, o processo de trabalho é organizado de maneira que permita dar atendimento as gestantes, utilizamos protocolos específicos como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e para serviços de pronto-atendimento, e utilizamos os critérios para a classificação do risco gestacional, se leva o registro das grávidas para o planejamento das ações programáticas, pesquisa de faltosas e atividades de grupo.

Em nossa área de abrangência o número de gestantes estimadas para uma população de 4894 é de 71 gestantes e atualmente tem acompanhamento na área 62 com 86% da estimativa. O exame das mamas nas consultas é insuficiente assim como o exame ginecológico, avaliação do estado psíquico e as intercorrências avaliadas, os indicadores podem ser melhorados com bom planejamento das atividades e trabalho em equipe, para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção pré-natal é que cada equipe de saúde trabalhe com sua territorialização como está concebido na ESF, para garantir maior permanência dos médicos nas UBS, melhorar a integração entre as equipes de saúde do município, que cada gestor de saúde faça uma avaliação integral de cada usuário na consulta programada, que a participação conjunta de médico e enfermeiro nas consultas para garantir que toda mulher seja examinada de forma integral sem evadir o exame, incrementar as atividades de promoção de saúde e de grupos com as gestantes na UBS e na comunidade, que cada equipe avalie periodicamente a qualidade do programa.

O exame do **citopatológico de colo de útero** é feita pelos enfermeiros da equipe de saúde e o médico. O exame de colposcopia é feito por outro médico que assiste um dia da semana a unidade de saúde. No caso do exame de mama é realizada pelos profissionais da unidade durante a consulta e os enfermeiros das equipes de saúde, a mamografia muitas vezes é solicitada por a própria mulher na

consulta. Os resultados dos exames ainda têm um tempo muito longo para retornarem podendo demorar até de três meses. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 1230, só tem feito 1003 exames citopatológicos no período 2011-2013. A cobertura de Prevenção do câncer de Colo de Útero é ainda insuficiente.

Os resultados dos testes feitos para a prevenção do Câncer de Colo de Útero são registrados em um livro que inclui as mulheres de todo o município não tem controle dos atrasos com mais de seis meses, não temos os exames separados por cada equipe de saúde. Para contribuir e ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do Câncer do Colo de Útero em minha UBS tem que organizar os registros do controle do citopatológico do colo de útero por cada equipe de saúde, terminar o cadastramento das mulheres em idade entre 25 e 64 anos, realizar atividades de grupo (educativas) com as mulheres deste grupo e as de idade fértil, fazer avaliação e monitoramento do programa periodicamente, rastreamento oportuno e organizado das mulheres sem evidência do preventivo em dia e aquelas que nunca passaram pelo exame, acompanhamento das mulheres com exame citopatológico alterado ao longo de todo seu processo. O êxito das ações de rastreamento depende de informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada, alcançar a meta de cobertura da população alvo, garantir acesso ao diagnóstico e tratamento, garantir a qualidade das ações, monitorar e gerenciar continuamente as ações.

No controle do **Câncer de mama** nossa equipe de saúde realiza ações de rastreamento do câncer de mama o exame clínico de mamas e solicitação de mamografias, realizados todos os dias da semana pelo médico e o enfermeiro. Realizamos rastreamento oportunístico e organizado. Existem muitas mulheres fora da área de cobertura de minha UBS que realizam rastreamento do câncer de mama em minha UBS. A proporção de mulheres entre 50 – 69 anos na área de cobertura tendo em conta a estimativa é de 368 mulheres, não temos a quantidade exata de mulheres neste grupo, não existe arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia são registrados no prontuário, não temos controle das mulheres com CA de mama ou de mamografias realizadas.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma para contribuir e ampliar a cobertura de melhorar a quantidade do controle do Câncer de Mama em minha UBS é que a equipe de saúde trabalhe com a população

alvo de mulheres entre 50 a 69 anos da área de abrangência para levar o registro das mulheres com mamografias feitas e aquelas que não têm em dia para recuperar estes exames, continuar fazendo o rastreamento oportunístico e organizado das mulheres que estão dentro do programa.

Em relação à atenção aos **hipertensos e diabéticos** na UBS onde eu trabalho não tem ação programática das doenças crônicas como o que protocolo propõe as pessoas com doenças vêm de forma espontânea e são avaliados da mesma forma, aqueles que se agenda consultas para seu acompanhamento voltam quando quiserem. A maioria tem costume de procurar a unidade quando tem sintomas da hipertensão e outros para renovar o tratamento, algumas vezes com muitos dias sem medicação. Ainda falta muito por fazer em matéria de saúde individual e coletiva. Os membros da equipe utilizaram os protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS e DM a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e serviços de pronto-atendimento.

A estimativa do número de hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1014 para HAS e de 190 para DM, não é adequada à realidade da UBS, cada equipe da saúde tem o cadastramento de sua população da área que inclui as doenças crônicas, o número de pacientes hipertensos e diabéticos não se corresponde com a realidade, faltando muitos desses pacientes ainda por cadastrar como casos novos de Hipertensão e Diabetes, a cobertura de consultas para pessoas com HAS e DM ainda é insuficiente para a quantidade de pacientes com HAS e DM na área da unidade de saúde. Os indicadores avaliados em cada consulta que fazemos ficam no prontuário, em minha UBS estão 100% dos prontuários do município de mais de 2900 famílias, eles estão arquivados de forma que é impossível revisar cada um, temos os prontuários dos usuários que residem fora da área de cobertura também.

Os aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a HAS e DM são que a equipe da saúde conclua seu cadastramento da população e as doenças crônicas, continuar trabalhando para concluir as consultas de cada um dos programas, fazer um registro dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, revisar periodicamente os arquivos do controle das doenças crônicas para completude de registros, verificar faltosos, identificar adultos com HAS e DM de risco, que um membro da equipe seja o

responsável pelo cadastramento dos adultos no programa de HAS e DM, incrementar as atividades com grupos com HAS e DM no âmbito da UBS e na comunidade, que todos os profissionais da equipe participem do atendimento dos portadores de HAS e DM, incrementar as atividades educativas sobre os principais fatores de risco para HAS e DM como o alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo, fomentar hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e DM, realizar controle do peso corporal dos portadores de HAS e DM, realizar ações de estímulo à prática regular da atividade física para os portadores de HAS e DM, realizar ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool para os portadores de HAS e DM, realizar ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo para os portadores de HAS e DM, continuar trabalhando para lograr estilos de vida mais saudável.

Em nossa UBS realizamos atendimento de **idosos** todos os dias da semana, também para idosos fora da área de cobertura da UBS, não existe excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, utilizamos o protocolo de atendimento para idosos, são desenvolvidas, ações para o cuidado aos idosos como: Imunizações, Promoção da atividade física, Promoção de hábitos alimentares saudáveis, Promoção da saúde bucal, Promoção da saúde mental, Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, Diagnóstico e tratamento da obesidade, Diagnóstico e tratamento do sedentarismo, Diagnóstico e tratamento do tabagismo, Os atendimentos dos idosos são registrados no Prontuário clínico, Ficha de atendimento odontológico, Ficha de atendimento nutricional, Ficha-espelho de vacinas, Avaliamos a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, explicamos aos idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão, A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de idosos.

A estimativa do número de idosos residentes na área com 60 anos ou mais é de 529 pessoas, eu não sei a quantidade de pessoas idosas da área de abrangência da UBS, não é adequada à realidade da UBS, em minha UBS são atendidas pessoas idosas que pertencem às demais áreas de saúde do município, cada equipe da saúde tem o cadastramento de sua população que ainda é incompleto, segue faltando população por cadastrar da cidade que não tem ACS. É insuficiente a quantidade de consultas feitas por as equipes da saúde da família em relação a este

grupo de pessoas, não temos a quantidade certa dos pacientes com 60 anos e mais na área de saúde, os indicadores avaliados em cada consulta que fazemos ficam em o prontuário, não temos registros específicos para idosos.

Existem aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da pessoa idosa. Terminar de desagregar os prontuários das demais equipes de saúde para sua área de trabalho, que cada equipe da saúde conclua seu cadastramento da população que inclui as pessoas idosas e doenças crônicas, continuar o trabalho para concluir as consultas de cada um dos programas, fazer um registro dos atendimentos dos adultos com 60 anos e mais, revisar periodicamente os arquivos do controle das pessoas idosas para completude de registros, verificarem faltosos, identificar idosos com risco de quedas, infecções, desidratação, demência, osteoporose, com problemas sociais, incrementar as atividades com grupos de pessoas de 60 anos e mais no âmbito da UBS e na comunidade, que todos os profissionais da equipe participem do atendimento das pessoas idosas, incrementarem as atividades educativas sobre os principais fatores de risco para morbimortalidade das pessoas idosas como quedas, fraturas, infecções, desidratação e outras como sedentarismo, tabagismo e obesidade, fomentar hábitos alimentares saudáveis para os idosos, realizar controle do peso corporal e estado nutricional, realizar ações de estímulo à prática regular da atividade física, realizar avaliação de saúde bucal e manter em dia e realizar Avaliação Multidimensional a todas as pessoas idosas. É muito importante garantir que todas as pessoas idosas contem com a caderneta de saúde, caderno de atenção básica, conhecimento sobre envelhecimento, cuida dores e ações de proteção à pessoa idosa, prevenção e cuidado à osteoporose, quedas, acesso à consulta do programa e internação.

Na unidade se presta atenção odontológica todos os dias da semana em uma sala com as condições adequadas para o atendimento dos usuários e os trabalhadores, se brindam serviços para toda a população do município, os casos que precisam de atendimento especializado para prótese de dente são encaminhados a outros serviços de saúde. Na unidade realizam atividades de prevenção e promoção de saúde e em sua área de abrangência, além disso, realizam visitas domiciliares. Ainda é insuficiente a quantidade de procedimentos feitos por consultas, realizando um total de 6 procedimentos em turnos de 4 horas, de 48 por semana e de 192 por mês. A atenção à primeira consulta odontológica

programática em os grupos prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos ainda são pobres não contando com registro específico do atendimento para estes grupos prioritários). O desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) em minha UBS é insuficiente.

A saúde bucal pode ser melhorada com a organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo (bebês de 0 a 24 meses, crianças de 2 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos, Idosos acima de 60 anos, atenção à gestante e atenção à saúde bucal de pessoas com necessidades especiais). Fazer organização dos registros da atenção odontológica na unidade. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas: hipertensão, diabetes, gestantes, famílias com critérios de risco social, famílias com necessidades odontológicas, e outras. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. Incrementar as atividades com grupos na UBS de gestantes, idosos, escolares. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

Os maiores desafios ainda estão por vir e completar as equipes de saúde das ESF do município, incrementar outra equipe de ESF previsto para desagregar os documentos de trabalho por cada área de saúde, que a jornada de trabalho por os integrantes das equipes de saúde seja de 40 horas semanais, envolvimento de todas as microrregiões do estado no fortalecimento da intersectorialidade e a integração entre os diferentes níveis de atenção. Os melhores recursos que minha UBS apresenta são os trabalhadores de saúde que ali trabalham uma boa estrutura da unidade pequena, mas com boas condições para o trabalho.

Tendo em conta os aspectos levantados nos questionários e nos cadernos das Ações Programáticas podemos refletir que há muita ignorância de muitas atividades que contempla o programa de saúde da família por parte dos integrantes das equipes, falta de controles específicos para o registro dos principais programas de saúde da atenção primária de saúde, pouco conhecimento sobre os indicadores

chave de cada programa, pouca produtividade na quantidade de atividades a realizar por programas, falta de documentos essenciais tais como protocolos para o cuidado de doenças, fichas para o registro dos atendimentos coletivos e as atividades individuais. Algumas mudanças ocorreram com a aplicação do questionário como conscientização do trabalho em equipe, uma nova forma de planejamento das atividades, organização e gestão das ações de saúde, aumento das reuniões de equipe para coordenar as atividades, envolvimento dos demais profissionais da equipe no cadastramento da população e os diferentes programas.

Tendo uma visão inicial da situação da ESF/APS na semana de ambientação e agora, podemos dizer que ao início do curso os conhecimentos que tínhamos sobre a situação real da unidade eram poucos, agora temos uma visão ampla de tudo o que acontece em matéria de APS e organização do sistema de trabalho, acontecia muita desorganização no sistema de trabalho na unidade de saúde, alto índice de atendimentos por demanda espontânea entre 30 e 40 pessoas por dia, agora as consultas são agendadas e fazemos entre 18 e 25 por dia incluindo os problemas agudos, diminuimos a demanda de pessoas com doenças crônicas descompensadas, consultas de puericulturas das crianças e pré-natais feitas só por enfermeiros, agora intercaladas, as relações de trabalho ao início foram boas porém menos fluidas que agora, a estrutura da unidade com alguns anos de uso e desgaste que foi novamente reparada.

1.3 Comentários comparativos do texto "Qual a situação da ESF/APS em meu serviço" e Relatório da Análise Situacional.

É inegável que temos aprendido muito com o desenvolvimento desta unidade, agora estamos mais bem preparados para enfrentar as diferentes situações que aparecem no dia a dia. Temos a capacidade de mudar a saúde de um grupo populacional grande e podemos avaliar monitorar processos. Ao realizar o texto referente à primeira tarefa do curso, considero que naquele momento estávamos organizando no trabalho para melhorar atenção à população, pela localização da UBS, a quantidade de população que não é da área, mas sim de bairros vizinhos tornava-se impossível atender a demanda espontânea todo o tempo. Além disso, a quantidade de população idosa, sobre todo com doenças crônicas era muito superior ao atendimento por um médico. Tínhamos atendimento prioritário às crianças e gestantes com alguns problemas de saúde. A puericultura e consultas para

gestantes eram realizadas pela enfermeira com apoio do ginecologista. Hoje é outra realidade, este estudo aprofundado me permitiu a possibilidade de dar repostas a quase todas as perguntas e dúvidas que tinha. Temos buscado atender a demanda espontânea, em consultas médicas e com outros profissionais, também buscamos agendar consultas ou acompanhamentos periódicos, e ofertar opções de atendimento.

Temos começado a fazer um melhor acolhimento dos usuários, atende-se a demanda de urgência, buscamos estabelecer um nível de consulta melhor assistido, com base em todas as ações programáticas preconizadas. Já faço consultas programadas da seguinte forma: Todos os dias pela manhã são consultas agendadas por mim, os agentes comunitários ou do processo de acolhimento, mas urgências; As tardes são para as demandas espontâneas e as urgências; Segunda-feira pela manhã atendo agendados gerais e urgências e à tarde demanda espontânea e urgências; Terça-feira pela manhã atendo agendados com Hiperdia e urgências e à tarde demanda espontânea e urgências; Quarta-feira pela manhã visita domiciliar e à tarde curso; Quinta- feira pela manhã Hiperdia e urgências e à tarde demanda espontânea e urgências; Sexta-feira pela manhã atendimentos gerais e urgências e à tarde curso. Ressalto que na última sexta-feira do mês, realizamos reunião com ACS e resto da equipe.

Além disso, temos as crenças, tabus e costumes próprios da medicina anterior, que vão mudando pouco a pouco com a nova estratégia. Os exames por complacência e encaminhamentos estão diminuindo e o uso de psicotrópicos também. Hoje minha governabilidade sobre os problemas que surgem está aumentando e tenho a possibilidade de demonstrar o trabalho feito para gerar mudanças na educação de meus parceiros de trabalho e os usuários da UBS.

2 Análise Estratégica

1.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas de alta prevalência no Brasil e no mundo. Em decorrência desta constatação, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus com o propósito de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

Em consequência do quantitativo cada vez maior de portadores de doenças crônicas as ações programáticas focadas nos hipertensos e diabéticos já são habitualmente inseridas no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), na medida em que já são comumente contempladas nas atividades de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações, muitas vezes incapacitantes.

Tais patologias inseridas atualmente na APS exigem o grande desafio que é atuar na lógica de promoção da saúde, com a articulação entre várias áreas de conhecimento para dar conta da necessidade e complexidade das interfaces de educação em saúde, tornando o usuário da saúde ativo, autônomo e corresponsável pela melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida (BORGES et al, 2012).

A ampliação das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações hospitalares, fisioterapia). Neste sentido, atuar nestas ações programáticas no nível da APS fortalece com que se promova uma melhoria na qualidade de vida da comunidade.

Sendo assim a UBS Dona Laura localizada em Marcelino Vieira, tem boas condições estruturais e tem um modelo de atenção de ESF, composta por médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, odontólogo, técnico em saúde bucal e seis ACS.

A população da área adstrita da UBS é de 4.894 habitantes aproximadamente, sendo que a estimativa da população de hipertensos com 20 anos ou mais é de 1.014 e de diabéticos é de 190, a qual não é adequada à realidade da UBS. A intervenção é de grande relevância no contexto da UBS porque abarca um maior número de usuários portadores de HAS e DM do município.

Entre as principais dificuldades e limitações temos o grande volume de pessoas com HAS e DM que residem na área, uma alta demanda espontânea de usuários de outras áreas, existência de uma população que não tem culturalmente o acompanhamento adequado das doenças crônicas, a cobertura de medicamentos na farmácia básica que não cobrem 100% das necessidades de HAS e DM.

O município conta com um laboratório clínico, no entanto há dificuldades de acesso a realização dos exames complementares em dia, conforme o preconizado pelo protocolo. Na unidade não há ficha individual estabelecida para o acompanhamento deste grupo, sendo que se utiliza uma similar a qual há ausência de alguns elementos importantes da consulta.

Quanto aos aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a HAS e DM se referem a conclusão do cadastramento da população e as doenças crônicas, permanecer trabalhando para concluir consultas pendentes nas ações programáticas, fazer um registro dos atendimentos de hipertensos e diabéticos, continuar revisando periodicamente os arquivos do controle das doenças crônicas para ter um registro completo e atualizado, possibilitando verificar faltosos, identificar adultos com HAS e DM de risco, além de incrementar as atividades com grupos de hipertensos e diabéticos no âmbito da UBS e na comunidade.

Há ainda a necessidade que todos os profissionais da equipe aumentem seus respectivos atendimentos aos portadores de HAS e DM, bem como se insiram mais nas demais ações educativas e de promoção da saúde fortalecendo as práticas de atenção básica e seus impactos para estilos de vida mais saudáveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS/ESF Dona Laura em Marcelino Vieira, Rio Grande do Norte.

2.2.2 Objetivos específicos:

Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
Melhorar o registro das informações;
Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular;
Promover a saúde de hipertensos e diabéticos;

2.2.2 Metas:

- **Relativas ao objetivo 1** “Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos”:

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- **Relativas ao objetivo 2** “Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos”:

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- Relativas ao objetivo 3 “Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa”:

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Relativas ao objetivo 4 “Melhorar o registro das informações”:

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Relativas ao objetivo 5 “Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares”:

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Relativas ao objetivo 6 “Promover a saúde de hipertensos e diabéticos”:

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na UBS/ESF Dona Laura em Marcelino Ramos, do município de Viera, estado do Rio Grande do Norte-RN. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento de 16 para 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Nosso trabalho consiste em uma intervenção que vai ser realizada através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa UBS. O trabalho será realizado com os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área que possuem 20 ou mais anos.

2.3.1 Ações:

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

O número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa será monitorado duas vezes por semana na UBS pelo enfermeiro e técnico de

enfermagem ao final das consultas. Tal monitoramento será informado semanalmente nas reuniões de equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados no Programa.

Os ACS realizarão o registro dos hipertensos e diabéticos da área visitados. O médico e enfermeiro farão um registro específico para o controle dos hipertensos e diabéticos do programa, tais registros se darão por meio dos documentos já utilizados na UBS, bem como a planilha eletrônica disponibilizada pelo Curso.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e de diabetes.

A equipe discutirá durante a reunião de equipe uma maneira de garantir acolhimento adequado e humanizado aos portadores de HAS e de diabetes, sendo que o técnico de enfermagem fará o acolhimento inicial antes das consultas.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Caberá ao médico juntamente com o enfermeiro, sensibilizar o gestor municipal de saúde para garantir material adequado para verificação de pressão arterial e demais materiais pertinentes na UBS.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Através das visitas domiciliares feitas diariamente por ACS, as atividades educativas feitas pelo médico e enfermeiro na UBS e na comunidade será informado sobre a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na UBS. Tal orientação também será reforçada durante as consultas realizadas na UBS.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Através das visitas domiciliares dos ACS feitas diariamente, as visitas do técnico de enfermagem para curativos e atividades educativas de grupo feitas por o médico e enfermeiro na comunidade semanalmente, será realizada informação sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Tal orientação também será reforçada durante as consultas realizadas na UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Através das visitas domiciliares que a equipe de saúde realizará, com periodicidade de duas vezes por semana, a mesma orientará sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Tal orientação também será reforçada durante as consultas realizadas na UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Através das visitas domiciliares dos ACS feitas diariamente, as visitas do técnico de enfermagem para curativos e atividades educativas de grupo feitas por o médico e enfermeiro na comunidade semanalmente será a comunidade orientará sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Tal orientação também será reforçada durante as consultas realizadas na UBS.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

O enfermeiro capacitará os ACS, durante as reuniões semanais da equipe, quanto o cadastramento dos hipertensos e dos diabéticos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

O médico capacitará à equipe de saúde na UBS no próprio transcurso das consultas agendadas para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

O número de diabéticos cadastrados no programa será monitorado duas vezes por semana na UBS pelo enfermeiro e técnico de enfermagem ao final das consultas. Tal monitoramento será informado semanalmente nas reuniões de equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

O médico, juntamente com o enfermeiro, fará sensibilização ao gestor municipal de saúde para solicitar material adequado para realização do hemoglicoteste para todos os implicados no programa..

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O enfermeiro realizará capacitação da equipe durante as consultas e nas reuniões da equipe para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Uma vez por semana na UBS o médico e o enfermeiro irão monitorar de forma conjunta a qualidade da realização de exame clínico apropriado dos hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Tais atribuições já estão definidas. Sendo que os ACS realizarão diariamente o cadastramento de hipertensos e realizarão a primeira medida da pressão arterial na comunidade, o técnico de enfermagem realizará o acolhimento dos hipertensos para as consultas e a verificação da pressão arterial antes da consulta, o médico e enfermeiro realizarão as consultas com exame clínico dos hipertensos, o odontólogo em suas consultas fará o exame bucal dos hipertensos em conjunto com o técnico em saúde bucal.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Nas reuniões semanais de equipe o médico irá dispor de duas horas, ao final da atividade, para a capacitação dos profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Será realizada na própria reunião semanal de equipe, destinando duas horas ao final de cada reunião para atualização dos profissionais, sendo que diante de

cada temática será definido previamente qual profissional é encarregado da referida atualização.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

O enfermeiro sensibilizará o gestor municipal de saúde para realizar cópias da versão atualizada do protocolo de atendimento para disponibilizar na UBS.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

O médico e o enfermeiro nas consultas na UBS orientarão os pacientes sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

O médico nas reuniões semanais da equipe fará a capacitação para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Uma vez por semana na UBS o médico e o enfermeiro irão monitorar de forma conjunta a qualidade da realização de exame clínico apropriado dos diabéticos, para isto serão utilizados os materiais de controle já existente e a planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Tais definições das atribuições já estão pactuadas na equipe, sendo que os agentes comunitários realizarão diariamente o cadastramento de diabéticos, o técnico de enfermagem realizará o acolhimento dos diabéticos para as consultas e a verificação da pressão arterial e hemoglicoteste antes da consulta e durante as visitas domiciliares, o médico e enfermeiro realizarão as consultas com exame

clínico dos diabéticos e o odontólogo em suas consultas fará o exame bucal dos diabéticos em conjunto com o técnico em saúde bucal.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Nas reuniões semanais da equipe o médico irá dispor de duas horas ao final da atividade para a capacitação dos profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Será realizada na própria reunião semanal de equipe, destinando duas horas ao final de cada reunião para atualização dos profissionais, sendo que diante de cada temática será definido previamente qual profissional é encarregado da referida atualização.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

O enfermeiro sensibilizará o gestor municipal de saúde quanto a realização de cópias da versão atualizada do protocolo de atendimento para disponibilização na UBS.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

O médico e o enfermeiro nas consultas na UBS orientarão sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

O médico nas reuniões semanais da equipe fará a capacitação dos membros da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento dos hipertensos com exames solicitados, tal monitoramento será realizado por meio de materiais já utilizados e planilha eletrônica do Curso.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento dos hipertensos com exames solicitados, tal monitoramento será realizado por meio de materiais já utilizados e planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico e o enfermeiro vão solicitar os exames complementares dos hipertensos nas consultas espontâneas e agendadas deixando registrado no prontuário e planilha eletrônica do Curso.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

O médico fará sensibilização junto ao gestor municipal de saúde para garantir que os reativos sejam suficientes para dar cobertura aos exames complementares e maior agilidade no laboratório clínico para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

A equipe discutirá nas primeiras reuniões no início da intervenção sobre os sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. O monitoramento dos sistemas de alerta cabe ao enfermeiro e médico, com periodicidade semanal.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Os ACS em visitas domiciliares realizadas diariamente, em consultas espontâneas e agendadas pelo médico e enfermeiro, nas palestras feitas pelos membros da equipe na comunidade e na UBS, orientar sobre a necessidade de realização dos exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Nas consultas agendadas e espontâneas realizadas pelo médico e o enfermeiro e durante as visitas domiciliares realizadas duas vezes por semana e na UBS será orientada aos hipertensos a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames.

Em uma das reuniões semanais de equipe, as duas últimas horas, o enfermeiro fará a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado quanto a solicitação de exames.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento dos diabéticos com exames solicitados, tal monitoramento será realizado por meio de materiais já utilizados e planilha eletrônica do Curso.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento dos diabéticos com exames solicitados, tal monitoramento será realizado por meio de materiais já utilizados e planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico e o enfermeiro vão solicitar os exames complementares dos diabéticos nas consultas espontâneas e agendadas deixando registrado no prontuário e planilha eletrônica do Curso.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

O médico fará sensibilização junto ao gestor municipal de saúde para garantir que os reativos sejam suficientes para dar cobertura aos exames complementares e maior agilidade no laboratório clínico para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

A equipe discutirá nas primeiras reuniões no início da intervenção sobre os sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. O monitoramento dos sistemas de alerta cabe ao enfermeiro e médico, com periodicidade semanal.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Os ACS em visitas domiciliares realizadas diariamente, em consultas espontâneas e agendadas pelo médico e o enfermeiro, nas palestras realizadas pelos membros da equipe na comunidade e na UBS serão realizadas as orientações sobre a necessidade de realização dos exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Nas consultas agendadas e espontâneas realizadas pelo médico e o enfermeiro, nas visitas domiciliares, realizadas duas vezes por semana e na UBS os diabéticos serão orientados quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para ser realizados exames complementares.

Em uma das reuniões semanais de equipe, nas últimas duas horas, o enfermeiro fará a capacitação do protocolo adotado e dos exames complementares.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia por meio da planilha eletrônica do Curso e demais formas de controle ao acesso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

O técnico de enfermagem realizará controle de estoque de medicamentos disponível e a validade dos mesmos com periodicidade, no mínimo, mensal.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem farão diariamente registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos, sendo que tal necessidade será documentada juntamente a planilha eletrônica do Curso e demais formas de controle.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Através das consultas do programa feitas pelo médico e o enfermeiro, nas visitas domiciliares e nas palestras feitas na comunidade e na UBS será orientado aos usuários quanto ao direito que eles têm para o acesso aos medicamentos e outras possíveis alternativas para obter os medicamentos na farmácia.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico planejará uma capacitação sobre o tratamento da hipertensão voltada aos demais profissionais.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro orientará aos demais membros da equipe sobre alternativas de acesso aos medicamentos na farmácia a fim de orientarem aos usuários.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem realizarão semanalmente monitoramento de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia por meio da planilha eletrônica do Curso e demais formas de controle ao acesso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

O técnico de enfermagem realizará controle de estoque de medicamentos disponível e a validade dos mesmos com periodicidade, no mínimo, mensal.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem farão diariamente registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos, sendo que tal necessidade será documentada juntamente a planilha eletrônica do Curso e demais formas de controle.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Através das consultas do programa feitas pelo médico e o enfermeiro, nas visitas domiciliares e nas palestras feitas na comunidade e na UBS será orientado aos usuários quanto ao direito que eles têm para o acesso aos medicamentos e outras possíveis alternativas para obter os medicamentos na farmácia.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico planejará uma capacitação sobre o tratamento da diabetes aos demais profissionais.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro orientará aos demais membros da equipe sobre alternativas de acesso aos medicamentos na farmácia a fim de orientarem aos usuários.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

O técnico em saúde bucal será responsável pela avaliação dos hipertensos com necessidade de atendimento odontológico. Tal avaliação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

No mesmo dia das consultas agendadas para os hipertensos pelo médico e o enfermeiro, o odontólogo irá resevar três turnos na agenda para dar assistência odontológica aos hipertensos, sendo que os demais saíram com a consulta agendada.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O odontólogo designará um dia da semana para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no turno manhã e tarde.

Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Nas visitas domiciliares feitas semanalmente pelos membros da equipe e nas atividades educativas planejadas com a comunidade será orientado sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente para hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Nas reuniões semanais da equipe, o odontólogo fará uma capacitação sobre as necessidades de atendimento odontológico aos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

O técnico em saúde bucal será responsável pela avaliação dos diabéticos com necessidade de atendimento odontológico. Tal avaliação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

No mesmo dia das consultas agendadas para os diabéticos pelo médico e o enfermeiro, o odontólogo irá resevar os mesmos três turnos dos hipertensos na

agenda para dar assistência odontológica, sendo que os demais saíram com a consulta agendada.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O odontólogo designará um dia da semana (mesmo dia destinado aos hipertensos) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no turno manhã e tarde.

Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Nas visitas domiciliares feitas semanalmente pelos membros da equipe e nas atividades educativas planejadas com a comunidade será orientado sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente para hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Nas reuniões semanais da equipe, o odontólogo fará uma capacitação sobre as necessidades de atendimento odontológico aos hipertensos.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos/diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento semanal, quanto cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Serão utilizadas as planilhas de coleta de dados, bem como demais formas de registro.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os ACS reservarão um dia na semana para visitas domiciliares na busca aos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Os provenientes das buscas domiciliares serão acolhidos nas consultas agendadas e atendimentos espontâneos do médico e do enfermeiro, com agendamento da posterior.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Os ACS nas visitas domiciliares, nas atividades feitas aos grupos na comunidade pelo médico e enfermeiro e nas atividades na UBS, serão informados sobre a importância das consultas. Tal informação também será realizada durante as consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

O médico e o enfermeiro vão aproveitar as atividades educativas de grupo com hipertensos na comunidade para ouvir sobre as estratégias para que não ocorra evasão das consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os ACS durante as visitas, nos atendimentos e consultas realizadas na UBS os profissionais esclarecerão sobre a periodicidade das consultas.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

O enfermeiro, aproveitando as reuniões semanais da equipe, planejará uma capacitação aos ACS sobre orientações das consultas e sua periodicidade.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento semanal, quanto cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo

(consultas em dia). Serão utilizadas as planilhas de coleta de dados, bem como demais formas de registro.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os ACS reservarão um dia na semana para visitas domiciliares na busca aos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Os provenientes das buscas domiciliares serão acolhidos nas consultas agendadas e atendimentos espontâneos do médico e do enfermeiro, com agendamento da posterior.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Os ACS nas visitas domiciliares, nas atividades feitas aos grupos na comunidade pelo médico e enfermeiro e nas atividades na UBS, serão informados sobre a importância das consultas. Tal informação também será realizada durante as consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

O médico e o enfermeiro vão aproveitar as atividades educativas de grupo com diabéticos na comunidade para sobre as estratégias para que não ocorra evasão das consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os ACS durante as visitas, nos atendimentos e consultas realizadas na UBS os profissionais esclarecerão sobre a periodicidade das consultas.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

O enfermeiro, aproveitando as reuniões semanais da equipe, planejará uma capacitação aos ACS sobre orientações das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

O médico e o enfermeiro irão monitorar, uma vez por semana, depois dos atendimentos, a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na UBS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

As informações serão atualizadas com frequência mensal, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

A equipe discutirá nas primeiras reuniões de equipe, ao início da intervenção, sobre a implantação da ficha de acompanhamento. Tal pauta será abordada pelo médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Os registros das informações conterão os dados dos usuários atendidos durante a intervenção. As demais pactuações sobre os registros serão discutidas nas primeiras reuniões de equipe, abordado pelo médico.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Definir o enfermeiro como o responsável pelo monitoramento dos registros uma vez por semana, tal monitoramento se dará pela planilha eletrônica do Curso.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Durante uma das reuniões de equipe será discutido sobre o sistema de registro que viabilize situações de alerta no acompanhamento. Uma proposta inicial será apresentada pela equipe de enfermagem.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Através das atividades educativas feitas na comunidade e na unidade pelo médico e enfermeiro informarão aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Tal orientação também será fornecida nas consultas.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico e o enfermeiro vão capacitar todos os membros da equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento, também continuarão orientando a equipe no transcurso das consultas as dificuldades apresentadas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Através das consultas agendadas aos usuários e reuniões da equipe o médico fará uma capacitação aos membros da equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

O médico e o enfermeiro irão monitorar, uma vez por semana, depois dos atendimentos, a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na UBS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

As informações serão atualizadas com frequência mensal, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento.

A equipe discutirá nas primeiras reuniões de equipe, ao início da intervenção, sobre a implantação da ficha de acompanhamento. Tal pauta será abordada pelo médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Os registros das informações conterão os dados dos usuários atendidos durante a intervenção. As demais pactuações sobre os registros serão discutidas nas primeiras reuniões de equipe, abordado pelo médico.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Definir o enfermeiro como o responsável pelo monitoramento dos registros uma vez por semana, tal monitoramento se dará pela planilha eletrônica do Curso.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Durante uma das reuniões de equipe será discutido sobre o sistema de registro que viabilize situações de alerta no acompanhamento. Uma proposta inicial será apresentada pela equipe de enfermagem.

Engajamento público:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Através das atividades educativas feitas na comunidade e na unidade pelo médico e enfermeiro informarão aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Tal orientação também será fornecida nas consultas.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico e o enfermeiro vão capacitar todos os membros da equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento, também continuarão orientando a equipe no transcurso das consultas as dificuldades apresentadas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Através das consultas agendadas aos usuários e reuniões da equipe o médico fará uma capacitação aos membros da equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento semanal, quanto a realização de verificação da estratificação de risco. Serão utilizadas as planilhas de coleta de dados, bem como demais formas de registro.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Será disponibilizado atendimento no mesmo turno aos hipertensos avaliados como de alto risco e com problemas agudos, nas consultas de rotina pelo médico e enfermeiro, os mesmos já sairão com retorno agendado.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

As agendas do médico e enfermeiro terão como prioridade os atendimentos dos hipertensos avaliados como alto risco, nos primeiros horários.

Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Durante as consultas agendadas o médico e o enfermeiro realizarão orientações sobre a importância do acompanhamento regular e seu nível de risco.

Ação: Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Nas consultas agendadas, consultas espontâneas, atividades educativas realizadas na unidade e na comunidade, todos os membros da equipe de saúde abordarão sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis com a alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará uma capacitação aos membros da equipe sobre a estratificação de risco o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará uma capacitação aos membros da equipe sobre o registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro fará uma capacitação quanto as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento semanal, quanto a realização de verificação da estratificação de risco. Serão utilizadas as planilhas de coleta de dados, bem como demais formas de registro.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Será disponibilizado atendimento no mesmo turno aos diabéticos avaliados como de alto risco e com problemas agudos, nas consultas de rotina pelo médico e enfermeiro, os mesmos já sairão com retorno agendado.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

As agendas do médico e enfermeiro terão como prioridade os atendimentos dos diabéticos avaliados como alto risco, nos primeiros horários.

Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Durante as consultas agendadas o médico e o enfermeiro realizarão orientações sobre a importância do acompanhamento regular e seu nível de risco.

Ação: Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Nas consultas agendadas, consultas espontâneas, atividades educativas realizadas na unidade e na comunidade, todos os membros da equipe de saúde abordarão sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis com a alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará uma capacitação aos membros da equipe sobre a estratificação de risco o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará uma capacitação aos membros da equipe sobre o registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro fará uma capacitação quanto as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação nutricional aos hipertensos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

O médico e enfermeiro organizarão atividades coletivas na comunidade e na unidade, pelo menos uma vez por mês, com grupos de hipertensos onde exponham suas vivências das práticas de alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde sobre a importância de parcerias institucionais, como a participação das nutricionistas do município nas atividades programadas com grupos de risco, pelo menos uma vez por mês, em conjunto com a equipe de saúde da UBS.

Engajamento público:

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Todos os membros da equipe de saúde em suas atividades diárias com hipertensos, visitas domiciliares, consultas agendadas e espontâneas realizarão orientações aos hipertensos e familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro realizará capacitação sobre práticas de alimentação saudável aos demais da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação nutricional aos diabéticos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

O médico e enfermeiro organizarão atividades coletivas na comunidade e na unidade, pelo menos uma vez por mês, com grupos de diabéticos onde exponham suas vivências das práticas de alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde sobre a importância de parcerias institucionais, como a participação das nutricionistas do município nas atividades programadas com grupos de risco, pelo menos uma vez por mês, em conjunto com a equipe de saúde da UBS.

Engajamento público:

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Todos os membros da equipe de saúde em suas atividades diárias com diabéticos, visitas domiciliares, consultas agendadas e espontâneas realizarão orientações aos hipertensos e familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro realizará capacitação sobre práticas de alimentação saudável aos demais da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação de atividade física regular aos hipertensos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

O médico e enfermeiro organizarão atividades coletivas na comunidade e na unidade, pelo menos uma vez por mês, com grupos de hipertensos sobre atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde sobre a importância de parcerias institucionais, para contemplar os educadores físicos nesta atividade, pelo menos uma vez por mês.

Engajamento público:

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Todos os membros da equipe de saúde em suas atividades diárias com hipertensos, visitas domiciliares, consultas agendadas e espontâneas realizarão orientações aos usuários e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro e médico realizarão capacitação sobre práticas de atividade física regular aos demais da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação de atividade física regular aos diabéticos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

O médico e enfermeiro organizarão atividades coletivas na comunidade e na unidade, pelo menos uma vez por mês, com grupos de diabéticos sobre atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde sobre a importância de parcerias institucionais, para contemplar os educadores físicos nesta atividade, pelo menos uma vez por mês.

Engajamento público:

Ação: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Todos os membros da equipe de saúde em suas atividades diárias com diabéticos, visitas domiciliares, consultas agendadas e espontâneas realizarão orientações aos usuários e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Nas reuniões semanais da equipe, o enfermeiro e médico realizarão capacitação sobre práticas de atividade física regular aos demais da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação dos riscos do tabagismo aos hipertensos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde a necessidade de aquisição de medidas para tratamento de "abandono o tabagismo".

Engajamento público:

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Depois de garantir a presença de medicamentos para abandonar o tabagismo, o médico e o enfermeiro vão orientar nas consultas aos hipertensos tabagistas a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Na ausência de tais medicamentos, tais profissionais orientarão outras alternativas de acesso.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação dos riscos do tabagismo aos diabéticos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O médico sensibilizará junto ao gestor municipal de saúde a necessidade de aquisição de medidas para tratamento de "abandono o tabagismo".

Engajamento público:

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Depois de garantir a presença de medicamentos para abandonar o tabagismo, o médico e o enfermeiro vão orientar nas consultas aos diabéticos

tabagistas a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Na ausência de tais medicamentos, tais profissionais orientarão alternativas de acesso.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas reuniões semanais da equipe, o médico realizará capacitação sobre as metodologias de educação em saúde aos demais da equipe.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

O odontólogo estabelecerá dentro de cada consulta um mínimo de tempo para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal aos hipertensos. Tal organização será discutida durante reunião semanal de equipe.

Engajamento público:

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

O odontólogo e o técnico em saúde bucal, através das consultas odontológicas feitas semanalmente, atividades de grupo na UBS e visitas domiciliares realizarão orientações aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Os demais profissionais também realizarão tais orientações.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

O odontólogo realizará em uma das reuniões semanais da equipe uma capacitação aos demais membros da equipe, visando possíveis orientações nas atividades educativas, consultas e visitas domiciliares.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

O médico e o enfermeiro realizarão um monitoramento, uma vez por semana, sobre a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos. Tal informação será registrada na planilha eletrônica do Curso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

O odontólogo estabelecerá dentro de cada consulta um mínimo de tempo para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal aos hipertensos. Tal organização será discutida durante reunião semanal de equipe.

Engajamento público:

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

O odontólogo e o técnico em saúde bucal, através das consultas odontológicas feitas semanalmente, atividades de grupo na UBS e visitas domiciliares realizarão orientações aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Os demais profissionais também realizarão tais orientações.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

O odontólogo realizará em uma das reuniões semanais da equipe uma capacitação aos demais membros da equipe, visando possíveis orientações nas atividades educativas, consultas e visitas domiciliares.

2.3.2 Indicadores:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus será utilizado como subsídio o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 2013, MS, (BRASIL, 2013^a) e Diabetes Mellitus (DM) 2013, MS, (BRASIL, 2013b). Ainda utilizaremos prontuários e materiais de apoio e planilhas disponibilizadas pelo Curso. A estimativa é alcançar 507 hipertensos e 133 diabéticos, o qual exigirá contato prévio junto ao gestor municipal para dispor o quantitativo de fichas espelhos e complementares que serão anexadas às fichas espelho. Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL para o acompanhamento semanal da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro utilizar as fichas espelhos os quais irão monitorar semanalmente os atendimentos aos hipertensos e diabéticos durante os quatro meses de intervenção, bem como as informações pertinentes para a intervenção e melhoria da atenção aos portadores de HAS e DM.

Tanto a análise situacional quanto a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Para viabilizar a ação de capacitar a equipe na utilização do protocolo sobre HAS e DM, será capacitada toda a equipe sobre o manual técnico, utilizando-o como referência na atenção aos hipertensos e diabéticos.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe irá estudar uma parte do manual técnico e assim expor o conteúdo aos demais membros da equipe. No primeiro encontro da capacitação, o enfermeiro será o responsável pelo monitoramento dos registros.

Para viabilizar a ação de capacitar aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS e quanto à realização das consultas e sua periodicidade será realizado pelo enfermeiro na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, sendo reservadas duas horas ao final de uma das reuniões, será a segunda atividade de capacitação prevista, utilizará as fichas estabelecidas para o cadastramento de hipertensos e

diabéticos. Para avaliar a qualidade dos cadastros aproveitaremos as visitas domiciliares feitas na semana.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além de capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, para a realização de exame clínico apropriado, será realizado pelo médico nas próprias consultas agendadas para estes grupos com a presença do enfermeiro e o técnico de enfermagem, para realizarem na prática estas atualizações.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para solicitação de exames complementares, as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia básica, necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, bem como para oferecer orientações de higiene bucal, realizaremos capacitação na própria UBS, durante as duas horas destinadas ao final das reuniões semanal da equipe e na sequência das anteriores sendo que o responsável será o enfermeiro. O material de apoio utilizado pelo mesmo será o Manual Técnico de HAS e DM, já disponibilizados na UBS.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos os usuários que buscarem o serviço serão acolhidos inicialmente pelo técnico de enfermagem. Os hipertensos e diabéticos com atraso na consulta serão atendidas no mesmo turno pelo médico e o enfermeiro para ampliar a quantidade de consultas, os que vieram com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para viabilizar o tratamento de intercorrências.

O atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento. Os hipertensos e diabéticos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos hipertensos e diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

Para agendar os hipertensos e diabéticos proveniente da busca ativa serão reservadas 20 consultas por semana. Já para sensibilizar a comunidade temos que

esclarecer sobre a importância da realização das consultas para hipertensos e diabéticos, sobre as facilidades da UBS quanto à atenção prioritária a este grupo, isto se dará por meio de encontros sistemáticos de educação em saúde.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS, para realização do hemoglicoteste, para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, para dispor de versão atualizada do protocolo impressa, a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", as parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades, caberá ao médico contato junto ao gestor municipal de saúde para que dê prioridade à necessidade de garantir recursos para adquirir os materiais necessários a uma assistência de qualidade, bem como a compra de material e insumos adequados como medicamentos anti-hipertensivos e reativos para o laboratório clínico do município, bem como de dispor de cópias para materiais de apoio as ações previstas, como cópias do protocolo de HAS e DM.

Para viabilizar a ação de organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, os usuários terão prioridade no agendamento o qual deverá ser menor que cinco dias. Os que vieram com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para viabilizar o tratamento de intercorrências. Os hipertensos e diabéticos que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para garantir a ação de monitorar a realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), qualidade dos registros acompanhados, a necessidade de atendimento odontológico, o número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional, a realização de orientação para atividade física regular, realização de orientação sobre riscos do tabagismo, a realização de orientação sobre higiene bucal, caberá ao enfermeiro e o médico através do controle dos cadastrados e atendidos, no monitoramento semanal.

O mesmo ocorrerá no monitoramento da realização exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e sistemas de alerta os exames complementares preconizados. O técnico de enfermagem mediante o

processo de acolhimento solicitará a cada usuário a realização dos exames complementares.

Para garantir a ação de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o técnico de enfermagem fará tal acompanhamento. Também realizará uma revisão dos medicamentos disponível na UBS para controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Para viabilizar a ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes das complicações, a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que devem ser realizados, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia, a importância de realizar avaliação da saúde bucal, a necessidade de organizar práticas coletivas de atividades físicas e outras, caberá ao médico e ao enfermeiro as atividades educativas na UBS no dia das consultas agendadas para usuários com hipertensão e diabetes antes do início da consulta, também aproveitarão as visitas domiciliares e as atividades de grupo na comunidade, duas vezes por semana, para dar tais orientações.

Utilizarão o Protocolo do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, ACS terão como uma das ações a realizar diariamente na comunidade as orientações específicas a este grupo, em busca de faltosos as consultas. Também no nível de consultas, o médico e o enfermeiro darão orientações reforçando estas atividades.

Para garantir as informações do SIAB atualizadas e os registros de informações na própria UBS, a equipe de enfermagem fará, no mínimo mensalmente, a atualização das mesmas.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas que foram desenvolvidas

Em relação às ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e examinando as facilidades e dificuldades encontradas e as que foram cumpridas integralmente ou parcialmente podemos dizer que o ponto mais importante foi uma atenção integral dos usuários alvo da intervenção. Aconteceu desde o início da intervenção, resultando uma impressão positiva para os usuários e a comunidade, os usuários comparavam com as consultas anteriores e gostaram da mudança, verem o tempo de desenvolvimento na consulta, a integração como um tudo na mesma pessoa e até a família, a união de toda equipe em função do único indivíduo, ficarem agradecidos pelo atendimento. Tivemos algumas facilidades como uma unidade com boas condições construtivas, equipamento e equipes completas.

A população com costumes antigas no processo de atendimento das consultas e o resto da equipe, por exemplo, solicitar receitas controladas ou exames sem assistir a consultas, solicitação de referências a outras especialidades sem prévia consulta médica, tudo isto foi trocado pelas consultas onde se buscava igualar os desejos ou necessidades dos usuários com a experiência médica, obtendo melhores resultados na saúde da população.

A triagem que se realizava era incompleta, mudou para mais abrangente buscando uma avaliação antropométrica mais integral do usuário. As enfermeiras no início não realizavam as consultas de hiperdia segundo o protocolo, agora trabalham com eles dentro de seu cronograma de trabalho e a tarefa foi cumprindo-se, os resultados estão perto das estimativas pleiteadas

para o tempo de desenvolvimento das ações, além de ter cumprido integralmente a inter-relação entre os diferentes profissionais da equipe, anteriormente não existia, mas depois com o conhecimento e estudo da ação programática todos começaram a olhar a melhora na atenção integral de cada usuário.

As ações planejadas no cronograma de trabalho, por exemplo, as capacitações da equipe, foram desenvolvidas integralmente dentro do tempo e data planejados, reforçando-se em outras reuniões aspectos como organização e planejamento da quantidade de usuários a serem atendidas, as equipes de acolhimento e sua importância, melhorando e conduzindo as atividades até obter os resultados esperados, desde o começo os usuários foram acolhidos, começaram-se a busca ativa de novos usuários e faltosos a consultas programadas ou com exames complementares atrasados, o cadastramento, o monitoramento foi ao mesmo tempo, anteriormente nada era assim hoje forma parte da rotina de trabalho na unidade.

No começo não tínhamos a equipe de odontologia e era difícil atender todos os usuários, já hoje, com a equipe é possível até fazer visitas domiciliares aos idosos acamados ou com impossibilidade de locomoção. As orientações e divulgação a toda a população foram feitas em diferentes espaços e momentos do dia de trabalho, e continua sendo uma parte importante da promoção e prevenção diária fizeram-se ações educativas coletivas e troca, de experiência com a comunidade onde expusemos nossos objetivos e ouvimos as ideias dos usuários e famílias incorporando algumas delas a nosso trabalho diário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas temos que a quantidade de usuários planejados por dias e semanas comportou-se com altas e baixas, acho que o resto da equipe não compreendia ao início a magnitude da intervenção, o que precisava na realidade os usuários desta unidade nem o conteúdo das ações programáticas e livros de atenção

básica. Além dos costumes que eram desenvolvidas pelas equipes por conta do longo período sem médico ou com ele trabalhando só de forma assistencial.

Acho que faltou apoio pedagógico e estudo aprofundado do tema e planejamento nas microáreas por parte dos ACS. Ainda não chegam às tiras reativas para o glicômetro e fazer a triagem completa, porque ainda não se executa a verificação de glicemia aos usuários diabéticos e os hipertensos com PA acima de 135x85 mmHg antes da consulta controle. No atendimento odontológico tivemos dificuldades nas quantidades de consultas a usuários do programa pela pouca cobertura da consulta. As folhas das fichas espelhos foram impressas lentamente no início do trabalho por falta de papel. A secretaria de saúde do município se comprometeu a ajudar, mas infelizmente faltou mais apoio.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram no início e ao final devido ao não retorno dos pacientes e outros com exames pendentes, o fechamento das planilhas de coletas de dados começou atrasado já que não tínhamos as folhas impressas, mas depois foi melhorando. Os cálculos dos indicadores até este momento estão acontecendo de forma a permitir o monitoramento de nossas ações, podendo concluir satisfatoriamente o projeto.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Analisando a incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso, no início o acolhimento foi motivo da implementação nas reuniões de equipe até considerá-lo como vital para o desenvolvimento do fluxo de usuários pela unidade, além da triagem completa ao início foi difícil de implantar até que falamos com a equipe sobre o tema, e como precisávamos fazer uma avaliação antropométrica do usuário de forma

integral foi incluído de forma adequada, agora está integrada à rotina, este último aspecto vai melhorando com a prática continua.

Continuamos a luta por cumprir com as expectativas dos usuários e do Ministério de Saúde Pública no Brasil no dia a dia, ao final das consultas buscamos os faltosos e entregamos para os agentes para que façam busca ativa dentro da própria semana e na reunião mensal avaliamos o desenvolvimento desta ação programática. As consultas médicas vão melhorando quanto à quantidade como a qualidade, as enfermeiras incrementam o hiperdia assim como outros motivos de consultas que não precisam avaliação médica, o resto dos profissionais gostam do trabalho em equipe, os ACS já tem em suas mãos ferramentas para desenvolver atividades em seu micro áreas, na reunião mensal levamos opiniões de melhoras para o desenvolvimento do trabalho em equipe para depois demarcar como linha de trabalho e estender a outras equipes do município.

4 Avaliação da Intervenção.

4.1 Resultados da intervenção

A intervenção tratou da melhora da atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Dona Laura, cidade de Marcelino Vieira, Rio Grande do Norte. A intervenção que se desenvolve na UBS em doze semanas, feito pela equipe de saúde ao unísono com o trabalho dos demais programas. Quando nos enfrentamos ao programa e comparamos com a realidade do povo brasileiro percebemos que é preciso fazer mudanças no estilo de vida da população, hábitos e costumes, também fazer mudanças nos fatores de risco da população. No início, organizamos o trabalho para melhorar a quantidade da atenção à população, também para melhorar a qualidade dos atendimentos, dessa forma foi que iniciamos o projeto. De acordo a estimativa apresentada para a quantidade populacional de nossa área de abrangência seria de 1014 hipertensos e 190 diabéticos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1. Cobertura da ação programática

Metas: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde e Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Descrição quantitativa

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Dona Laura, cidade de Marcelino Vieira, Rio Grande do Norte. Na área adstrita à UBS existiam 744 hipertensos (23,1%) da população adulta e 140 diabéticos (4,3%) cadastrados.

A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais hipertensas (segundo VIGITEL 2011) para o total de população (22,7%) 671 usuários, e para diabéticos (5,6%) 166 usuários, entretanto a intervenção atingiu 396 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 39,1% e 53,7% de cobertura respectivamente. No 1º mês foram 132 hipertensos (13,%) e 36 diabéticos (18,9%), no 2º mês 265 hipertensos (26,1%) e 69 diabéticos (36,3%), e no 3º mês 396 (39,1%) hipertensos e 102 diabéticos (53,7%).

Descrição qualitativa

Anterior à intervenção, as consultas só eram assistenciais, muito superficiais sem acompanhamento real, os motivos que contribuíram para atingir as metas propostas agora é que existe um cadastramento real, onde 100% dos usuários cadastrados tem uma folha de ficha espelho com todos os dados que pede o programa, melhorando o acolhimento e acompanhamento dos usuários. O que atrapalhou para que não conseguisse melhores resultados foi a quantidade de população adstrita, o pouco desenvolvimento das outras ações programáticas que fiquei trabalhando junto ao projeto. A ação que mais auxiliou na captação precoce foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares.

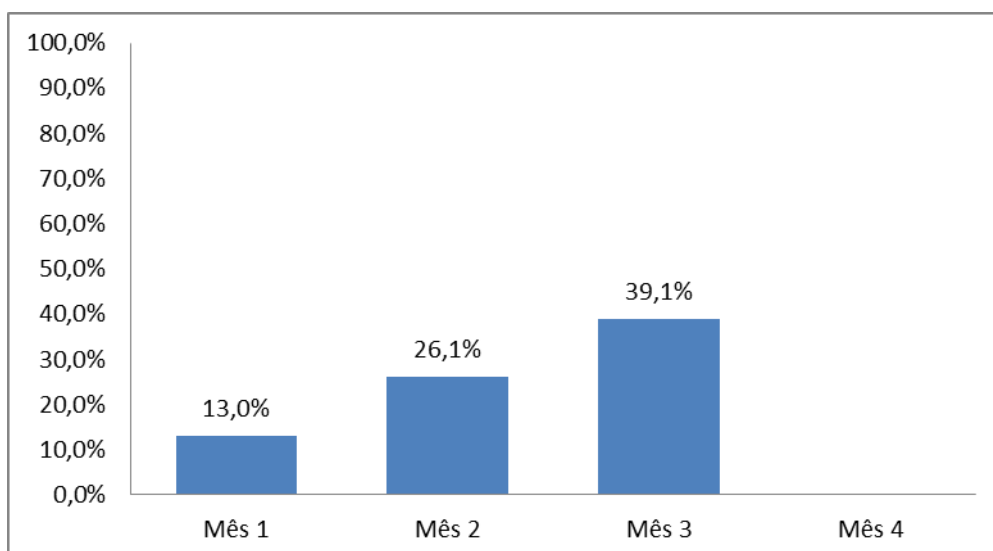


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha coleta de dados, UFPel, 2015.

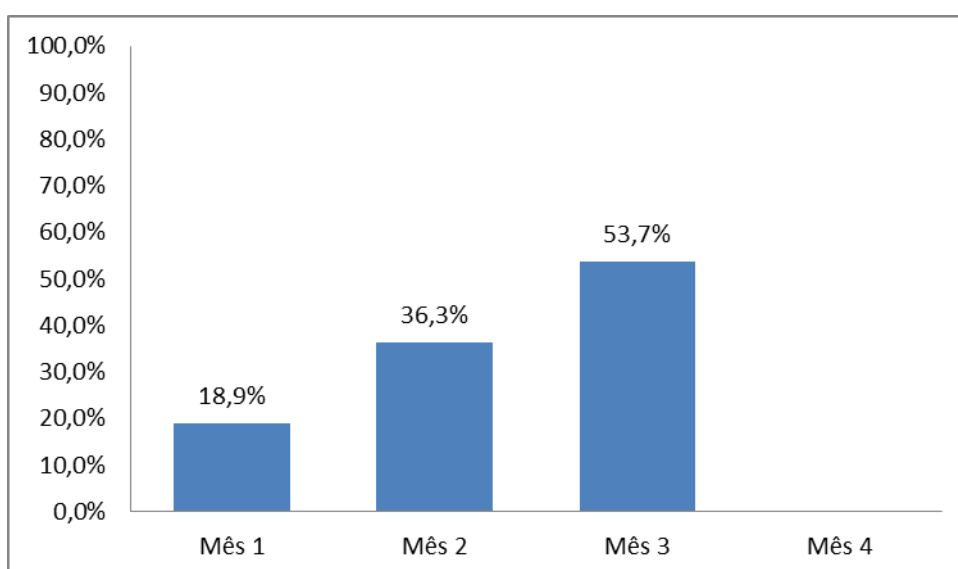


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha coleta de dados, UFPel, 2015.

Indicador 2. Qualidade da ação programática.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Descrição quantitativa

O total de usuários atendidos foi 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos. Todos eles têm uma consulta integral, com exame clínico apropriado, buscando sinais precoces de complicações ou eventos cardiovasculares.

No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos, e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Minha área tem mais de 1000 hipertensos e mais de 180 diabéticos. Ao iniciar a intervenção não existia evidência de realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos na UBS, antes do projeto as consultas de hiperdia só eram para indicar exames complementares solicitados pelos pacientes, renovar receitas e fazer referências a pedido pessoal, a agora fazemos acompanhamento com exame clínico apropriado aos 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos, nos também refletida no prontuário dos dados clínicos das consultas.

O que dificultou foi o tempo da consulta (eu utilizei entre 15 e 20 minutos por usuário), é necessário maior tempo da ação programática, este trabalho é para ser constante na rotina da UBS. Observe-se que a qualidade da atenção melhorou muito entre hipertensos e diabéticos no período o 100% dos atendidos tem exame clínico apropriado.

A ação que mais auxiliou na quantidade dos exames clínicos foi à participação dos enfermeiros das outras equipes de saúde do município.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa

A realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 100% em todos os meses. No 1º mês foram 132 hipertensos e

36 diabéticos, no 2º mês 265 hipertensos e 69 diabéticos e no 3º mês 396 hipertensos e 102 diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Minha área tem mais de 1000 hipertensos e mais de 180 diabéticos. Ao iniciar a intervenção não tínhamos como saber a quantidade de exames complementares realizados aos hipertensos e diabéticos, agora solicitamos exames aos 432 pacientes assistidos, deixamos evidencia por escrito dos exames, a proporção de hipertensos e diabéticos com a solicitação dos exames é de 100% e a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os motivos que contribuíram para atingir as metas são um bom acompanhamento e uma classificação inicial de cada pessoa quando é cadastrada, além de todos seus dados obtidos no interrogatório e exame físico completo, e posteriormente a avaliação secundada pelos análises dos resultados dos exames complementares, que em conjunto fazem a classificação do risco do usuário.

Observe-se que melhoraram muito entre hipertensos e diabéticos o controle dos exames feitos, no período foram solicitados os exames de 100% dos atendidos.

A ação que mais auxiliou na quantidade e qualidades dos exames feitos foram à coordenação com o gestor municipal para garantir os reativos para exames e a disposição dos técnicos laboratoriais do município.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

Entre os hipertensos e diabéticos avaliados na intervenção 100% tem a prescrição dos medicamentos da farmácia popular. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos

e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizado. Ao iniciar a intervenção 60% dos hipertensos e diabéticos compravam a medicação na farmácia popular, agora 100% compram por essa via, além ainda um pequeno grupo realiza compra por outras vias a privada e fora do município.

A receita é válida por três meses que facilita manter um tratamento contínuo, os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que não existe um bom acompanhamento de doença crônica sem um tratamento farmacológico adequado e constante.

O que dificultou para que não tiver melhores resultados foram que muitos usuários, maioria idosos, com várias doenças são acompanhados por outras especialidades de atenção secundária, também tem uma politerapia medicamentosa indicada que não conseguiam na farmácia popular.

Observe-se que a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição para a farmácia popular melhorou muito. A ação que mais auxiliou na quantidade das compras dos medicamentos foi à coordenação com o gestor municipal para garantir os medicamentos e o controle dos representantes das farmácias.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ao iniciar a intervenção as evidências das consultas odontológicas nos prontuários dos hipertensos e diabéticos, formava parte de uma pequena quantidade de consultas agendadas na semana, não chegava aos 30% dos doentes do programa.

Os hipertensos e diabéticos acompanhados na intervenção foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico na primeira consulta. O que atrapalhou é o pouco costume desta avaliação dentro dos usuários, alguns deles que não podiam vir até a unidade de saúde foram visitados em sua própria casa, mas atingimos 100% dos usuários cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A ação que mais auxiliou na quantidade e qualidade da avaliação da necessidade de atendimento odontológico é que essa avaliação bucal está dentro do exame clínico e encaminhamento ao dentista da unidade que prioriza os usuários do projeto.

Indicador 3. Adesão da ação programática

Objetivo: 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Descrição quantitativa

Os 396 (39,1%) hipertensos e 102 (53,7%) diabéticos cadastrados no projeto tiveram adesão ao programa, não tivemos faltosos às consultas.

No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que antes não existia acompanhamento real segundo o protocolo, agora com a intervenção, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade

de saúde, são buscados pelos ACS e resto da equipe mediante a busca ativa, conforme a periodicidade recomendada é avaliada nas consultas novamente, repetem-se exames complementares, modificasse o risco de doença cardiovascular, até se precisa uma segunda opinião encaminha-se para os especialistas de atenção secundária.

A ação que mais auxiliou para não termos faltosos foi à quantidade de pessoas cadastradas pelos ACS que permitiu ter uma cobertura suficiente de pessoas nas consultas e ter mais opções em agendar outros usuários. Também os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que antes não existia acompanhamento real segundo o protocolo e ficaram muitos motivados.

Indicador 4. Registro da ação programática

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. O número total de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS tem ficha de acompanhamento como exige o protocolo, onde se monitoram as ações desenvolvidas.

O que dificultou foi que ainda faltam alguns exames complementares e dados pessoais e gerais de cada usuário que serão incluídos sistematicamente até obter 100% dos usuários cadastrados com registro adequado na ficha do acompanhamento.

Observe-se que a proporção de hipertensos e diabéticos com ficha de acompanhamento individual é de um 100%. A ação que mais auxiliou nos

registros adequado das fichas de acompanhamento foram todos os trabalhadores da equipe que participaram no projeto.

Indicador 5. Avaliação de risco da ação programática

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

Os usuários cadastrados no programa, 396 hipertensos e 102 diabéticos, têm estratificação do risco cardiovascular segundo a ação programática em 100%, eles são mapeados por micro áreas de saúde pelos ACS. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Na unidade não existem evidências de avaliações de risco cardiovascular nos prontuários da UBS em anos anteriores, atualmente dos 432 pessoas avaliadas 100% tem estratificação de risco para doença cardiovascular por exame clínico.

O que dificultou foram os costumes herdados de práticas médicas ruins e da população que está desacostumada de ser examinada minuciosamente. A ação que mais auxiliou na estratificação de risco nos pacientes do programa foi à participação de outros enfermeiros do município nas consultas do programa.

Indicador 6. Promoção da saúde da ação programática.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Ao final da intervenção 100% das orientações sobre alimentação saudável foram realizadas aos hipertensos e diabéticos. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ao iniciar a intervenção apenas 60% das pessoas com doenças crônicas tinham orientações sobre alimentação saudável.

Ao longo da intervenção 432 pessoas começaram o acompanhamento e receberam orientações sobre alimentação saudável, nos apoiamos em cada consulta em cada visita domiciliar, atividades educativas na comunidade e na UBS, nos apoiamos em cada consulta em cada visita domiciliar, atividades educativas na comunidade e na UBS, também nós apoiamos na nutricionista da unidade nas atividades educativas sobre o tema.

Observa-se que as orientações melhoraram muito entre hipertensos e diabéticos no período 100% receberam orientações sobre alimentação saudável.

Meta 6.3e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Ao final da intervenção 100% das orientações em relação à prática regular de atividade física foram realizadas. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Ao iniciar a intervenção apenas 50% das pessoas com doenças crônicas tinham orientações sobre a atividade física regular.

Realizamos uma atenção diferenciada e sustentada ao 100% dos usuários, eles começaram com acompanhamento e receberam orientações sobre prática de atividade física regular, nos apoiamos em cada consulta em cada visita domiciliar, atividades educativas na comunidade e na UBS, também com a educadora física da equipe NASF da unidade e com fisioterapeuta, com os educadores físicos que trabalham nas praças e locais para essas atividades.

Observa-se que as orientações melhoraram muito entre hipertensos e diabéticos, no período 100% receberam orientações sobre atividade física regular.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Ao final da intervenção 100% dos hipertensos e diabéticos receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ao iniciar a intervenção apenas um 30% das pessoas com doenças crônicas tinham orientações sobre os riscos do tabagismo. Ao longo da intervenção 432 pessoas começaram com acompanhamento e receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, em cada consulta em cada visita domiciliar, atividades educativas na comunidade e na UBS, além nós apoiamos com a psicóloga da equipe NASF que tem os grupos de fumantes ativos e trabalhando nas atividades educativas sobre o tema.

Observa-se que as orientações melhoraram muito entre hipertensos e diabéticos, no período 100% receberam orientações sobre risco do tabagismo.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Entre os hipertensos e diabéticos que realizaram a primeira consulta médica alcançaram ao final da intervenção 100% de orientações sobre higiene bucal. No 1º mês foram 132 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos, no 2º mês 265 (100%) hipertensos e 69 (100%) diabéticos e no 3º mês 396 (100%) hipertensos e 102 (100%) diabéticos.

Descrição qualitativa

Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Ao iniciar a intervenção a penas um 50% das pessoas com doenças crônicas tinham orientações sobre higiene bucal. Ao longo da intervenção 432 pessoas começaram com acompanhamento e receberam orientações sobre higiene bucal, observa-se que as orientações melhoraram muito entre hipertensos e diabéticos, no período 100% receberam orientações sobre higiene bucal.

Observe-se que a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal é de 100%. A ação que mais auxiliou foi às atividades educativas que fizeram todos os trabalhadores da equipe que participaram no projeto, com especial destaque da equipe odontológica.

4.2 Discussão

Resumo do que foi alcançado com a intervenção

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção dada com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos.

Além da satisfação pessoal e profissional do dever cumprido em meu trabalho e de prestação de um serviço de qualidade para a comunidade,

convencido que a atenção no acompanhamento dos usuários pode ser cada dia melhor na Atenção Primária de Saúde.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção exigiu que a equipe toda se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Estas atividades promoveram o trabalho integrado do médico com a equipe. A quantidade de atendimentos planejados melhorou e pode atingir maior quantidade de usuários; o acompanhamento também melhorou, além das outras ações desempenhadas como educativas e curativas realizadas pelas enfermeiras; das auxiliares de enfermagem que já realizam a triagem completo e participam do acolhimento dos usuários, da recepção começaram a dar repostas adequadas as inquietudes dos usuários, além de melhorar a organização dos arquivos; os agentes comunitários de saúde melhoraram a quantidade de usuários atendidos na comunidade; a pesquisa ativa de usuários com fatores de risco para doenças crônicas, busca ativa de usuários faltosos as consultas, controle de seus exames complementares e avaliação de risco, além de outros importantes integrantes como as equipes de odontologia que reajustarão seu cronograma para priorizar o acompanhamento dos usuários inclusos no projeto até os que tinham impossibilidade de chegar à unidade realizando as visitas domiciliares e por último e muito importante a equipe NASF que participaram ativamente no acompanhamento por uma atenção integrada e de qualidade, além das visitas domiciliares e atenção de diferenciada aos de risco alto, sem seu apoio não seria possível atingir com qualidade a um grupo importante de usuários com doenças crônicas e outras complicações.

Tudo isto produz um impacto positivo em outras atividades no serviço como a qualidade dos registros e acompanhamento adequado de outras ações programáticas como as puericulturas das crianças e o pré-natal, os preventivos de cânceres de colo de útero e de mamas.

Importância da intervenção para o serviço

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, sendo importante sinalar que o trabalho em equipe além de um bom acolhimento, ajudará nos objetivos propostos.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, o acolhimento adequado permitiu diminuir o tempo de espera dos usuários para ser atendidos e obter uma resposta adequada a suas inquietudes ou doenças.

A classificação de risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, os hipertensos e diabéticos apoiam o desenvolvimento do exame físico integral e outras ações novas na integralidade do acompanhamento, gostam das trocas nas consultas médicas, demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade com outras doenças.

Neste sentido é necessário desempenhar um papel fundamental nas atividades educativas como as palestras na primeira hora antes de começar as consultas, as informações verbais, visuais diárias tem esse objetivo alvo concretizado.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, alguns porque têm acompanhamento médico particular, outros porque preferem a unidade mais próxima, outros porque desconhecem as bondades de um acompanhamento contínuo.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A intervenção poderia ter sido mais abrangente desde o início se eu tivesse discutido mais a atividade que vinha desenvolvendo com a equipe,

também desde o início tinha incorporado 100% dos membros das outras equipes que trabalham no município.

Também faltou mais relação e envolvimento com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor forma de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Viabilidade de incorporar minha intervenção a rotina do serviço/ Que melhorias pretendo fazer na intervenção

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de informação, divulgação e conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Quais os próximos passos

A partir do próximo mês quando teremos disponíveis todos os ACS para a totalidade das microáreas e o resto da equipe funcionando, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Notamos que as faltas de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores. Vamos adequar as fichas dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto na intervenção.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de colo de útero e mamas de forma paulatina na UBS.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Caro gestor

Realizamos a intervenção acerca do programa que busca a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos porque quando estudamos o material disponibilizado e comparamos com a realidade que vive o povo brasileiro nos damos conta que é preciso fazer mudanças no estilo de vida da população, também temos que mudar a forma de atenção clínica, a forma de olhar estes usuários e fazer um desenvolvimento integral da APS, sobre estes usuários com fatores de risco, doentes e poder interromper o processo cronológico destas condições precárias para a vida das pessoas.

A intervenção é importante no contexto da UBS, anteriormente não tinha médico de forma regular, as consultas ocasionais eram só assistenciais, para dar receitas ou indicar/olhar exames, os dados inseridos neste resumo falam por eles, a qualidade de assistência aos usuários deve modificar-se para que seja a verdadeira porta de entrada a um sistema de saúde que inclua a todos por igual. Acho que com a participação de todos os integrantes das demais equipes a ação programática seria 100% da população alvo.

Em relação às ações previstas na intervenção o que foram desenvolvidas e examinando as facilidades e dificuldades encontradas e as que foram cumpridas integralmente ou parcialmente podemos dizer que o ponto mais importante foi a atenção integral de usuários alvo do projeto, aconteceu desde o início e resultando em uma impressão positiva, os usuários comparavam com consultas anteriores e gostaram da mudança, verem o tempo de desenvolvimento na consulta, a integração de tudo no mesmo

indivíduo até a família, a união de toda equipe em função do único indivíduo e ficarem agradecidos.

Existiam costumes na população e resto da equipe, por exemplo, solicitar receitas controladas ou exames sem assistir a consultas, foi trocado por consultas onde se buscava igualar os desejos ou necessidades dos usuários com a experiência médica obtendo melhores resultados na saúde da população. A triagem que se realizava incompleta mudou para ser mais abrangente buscando uma avaliação antropométrica mais integral do usuário. No começo não tínhamos equipe de odontologia e era difícil atender todos os usuários nas consultas dos outros odontólogos, já hoje, com a equipe é possível até fazer visitas domiciliares aos idosos acamados ou com impossibilidade de locomoção.

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à UBS existiam 744 hipertensos (23,1%) da população adulta e 140 diabéticos (4,3%) cadastrados. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais hipertensa (segundo VIGITEL 2011) para o total de população (22,7%) 671 usuários, e para diabéticos (5,6%) 166 usuários, entretanto a intervenção atingiu 396 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 39,1% e 53,7% de cobertura respectivamente em só 12 semanas de desenvolvimento do projeto.

Agora é que existe um cadastramento real, 100% dos usuários cadastrados tem uma folha de ficha espelho com todos os dados que pede o programa, melhora o acolhimento e acompanhamento dos usuários, o que atrapalhou para que não conseguisse melhores resultados foi a quantidade de população adstrita, o pouco desenvolvimento das outras ações programáticas que fiquei trabalhando junto ao projeto e o tempo de desenvolvimento deste projeto.

Todos eles têm uma consulta com exame clínico apropriado, cefalocaudal, buscando sinais precoces de complicações ou eventos cardiovasculares (ECV). Antes da intervenção os exames complementares eram indicados sem um período ideal entre eles ou não existia um acompanhamento real para avaliar esses exames. Agora 100% dos usuários

cadastrados têm solicitação dos exames e avaliação de forma periódica como indica o programa.

Antes da intervenção muitos usuários compravam a medicação, outros tomavam de forma irregular, por falta de receita médica e pouco conhecimento das vantagens do programa, agora o 100% dos usuários é cadastrado na farmácia popular e obtêm os medicamentos grátis mensalmente. A receita é válida por três meses e existe a forma de avaliar se o usuário busca e recebe a medicação.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados têm essa avaliação bucal dentro do exame clínico e encaminhamento ao dentista da unidade que prioriza os usuários do projeto.

Uma das condições indispensáveis do programa é que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tivessem orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal, em cada consulta controle e outras que propiciem esses propósitos, avaliamos como e compreendida esta ação periodicamente, além disso, nós apoiamos no nutricionista, na educadora física, na psicóloga, no responsável do grupo de tabagistas e no equipe de odontologia da unidade, nas atividades educativas sobre os temas apresentados.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, e importante adicionar que o trabalho em equipe e o acolhimento ajudarão a esses objetivos. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, o acolhimento adequado permitiu diminuir o tempo de espera dos usuários para ser atendidos e obter uma reposta adequada a suas inquietudes ou doenças.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade, gostam do cambio nas consultas médicas, apoiam o desenvolvimento do exame físico integral, as outras ações novas e a integralidade do acompanhamento, a maioria das famílias tem um familiar doente ou com fatores de risco para

desenvolver uma das doenças atingidas. Os hipertensos e diabéticos cadastrados demonstram satisfação com a prioridade no atendimento.

Foi muito importante no desenvolvimento do projeto a ação e ajuda da gestão, desde o início, compreendi-o o motivo da escolha, apoio o investimento nas ações propostas, ajudou a melhorar a rota crítica dos exames complementares, os encaminhamentos destes usuários, providencio o material usado, das folhas espelhos, nas reuniões mostro apoio às propostas que vão inserindo-se segundo apareciam situações ou dificuldades.

Alguns aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, que viabilizariam a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas seria o tema das tiras reativas para o glicômetro para obter uma triagem de qualidade total, o tema dos medicamentos de hiperdia na farmácia ajudaria muito a que os pacientes não ficassem em descontrole pela falta de medicação e a implementação nas outras unidades do município das ações da intervenção para igualar a atenção dos usuários atingidos com estas doenças.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, alguns porque tem acompanhamento médico particular, outros porque não conhecem que ficam doentes e outros porque desconhecem as bondades do SUS e ainda não chegam, tem que ver com este último item o tempo de desenvolvimento do projeto e o cadastro novo, ainda incompleto, da comunidade na área de abrangência.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de informação, divulgação e conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A partir dos próximos meses, quando temos disponíveis todos os ACS para a totalidade das microáreas e o resto da equipe funcionando pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de colo de útero e mamas na UBS.

6. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Caros usuários

O curso propõe a realização de uma intervenção que teve como foco melhoria das ações relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) porque quando estudamos o material disponibilizado e comparamos com a realidade que vive o povo brasileiro nos damos conta que é preciso fazer mudanças no estilo de vida da população, também temos que mudar a forma de atenção clínica, a forma de olhar destes usuários e fazer um desenvolvimento integral APS, sobre estes usuários com fatores de risco e doentes para poder interromper o processo cronológico destas condições precárias pra a vida das pessoas. .

Em relação às ações previstas no projeto que foram desenvolvidas podemos dizer que o ponto mais importante foi a atenção integral de usuários, aconteceu desde o início da intervenção.

Eram solicitadas receitas controladas ou exames sem realização de consultas, foi trocado por consultas onde se buscava igualar os desejos ou necessidades dos usuários. A triagem que se realizava incompleta mudou para ser mais abrangente buscando uma avaliação antropométrica mais integral do usuário. No começo não tínhamos equipe de odontologia e era difícil atender todos os usuários nas consultas dos outros odontólogos, já hoje, com a equipe é possível até fazer visitas domiciliares aos idosos acamados ou com impossibilidade de locomoção.

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à UBS existiam 744 hipertensos (23,1%) da população adulta e 140 diabéticos (4,3%) cadastrados. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais hipertensa (segundo VIGITEL 2011) para o total

de população (22,7%) 671 usuários, e para diabéticos (5,6%) 166 usuários, entretanto a intervenção atingiu 396 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 39,1% e 53,7% de cobertura respectivamente em só 12 semanas de desenvolvimento do projeto.

Agora é que existe um cadastramento real, 100% dos usuários cadastrados tem uma folha de ficha espelho com todos os dados que pede o programa, melhora o acolhimento e acompanhamento dos usuários, o que atrapalhou para que não conseguisse melhores resultados foi à quantidade de população adstrita, o pouco desenvolvimento das outras ações programáticas que fiquei trabalhando junto ao projeto e o tempo de desenvolvimento deste projeto.

Todos têm uma consulta, com exame clínico apropriado, cefalocaudal, buscando sinais precoces de complicações ou eventos cardiovasculares (ECV). Antes da intervenção os exames complementares eram indicados sem um período ideal entre eles ou não existia um acompanhamento real para avaliar esses exames. Agora 100% dos usuários cadastrados têm solicitação dos exames e avaliação de forma periódica como indica o programa.

Antes da intervenção muitos usuários compravam a medicação, outros tomavam de forma irregular, por falta de receita médica e pouco conhecimento das vantagens do programa, agora 100% dos usuários é cadastrado na farmácia popular e obtêm os medicamentos grátis mensalmente. A receita é válida por três meses e existe a forma de avaliar se o usuário busca e recebe a medicação.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram avaliação bucal dentro do exame clínico e encaminhamento ao dentista da unidade.

Uma das condições indispensáveis do programa é que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tivessem orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal, em cada consulta controle e outras que propiciem esses propósitos, nos apoiamos na nutricionista, na educadora física, na psicóloga, no responsável do grupo de tabagistas e no

equipe de odontologia da unidade, nas atividades educativas sobre os temas apresentados.

A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhorou os registros destes usuários e qualificou a atenção à saúde com destaque para a ampliação do exame dos pés nos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, e importante adicionar que o trabalho em equipe e o acolhimento ajudarão a esses objetivos. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, o acolhimento adequado permitiu diminuir o tempo de espera dos usuários para ser atendidos e obter uma resposta adequada a suas inquietudes ou doenças.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade pois os hipertensos e diabéticos cadastrados demonstram satisfação com a prioridade no atendimento.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, alguns porque tem acompanhamento médico particular, outros porque não conhecem que ficam doentes e outros porque desconhecem as bondades do SUS e ainda não chegam, tem que ver com este último item o tempo de desenvolvimento do projeto e o cadastro novo, ainda incompleto, da comunidade na área de abrangência.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de informação, divulgação e conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A partir dos próximos meses, quando temos disponíveis todos os ACS na totalidade das microáreas e o resto da equipe funcionando, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de colo de útero e mamas na UBS.

7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Meu trabalho no curso em relação às expectativas iniciais teve uma conotação evidente, quando comecei a trabalhar no Brasil na APS faltava um pouco de organização no processo de trabalho, o SUS tinha tudo elaborado, mas não era um sucesso, observei e pensei como primeira tarefa em organizar o processo de trabalho e depois desenvolver a atividade com qualidade. No desenvolvimento do curso temos feito um grupo de atividades no plano pessoal e profissional que ajudaram muito o conhecimento próprio das doenças e agravos que afetam ao povo brasileiro, hoje estou mais preparado para enfrentar ações médicas e sociais.

Em meu processo pessoal de aprendizagem o curso tem um significado muito especial para minha prática profissional, os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram que de uma maneira muito didática o curso foi nos conduzindo no caminho adequado para conhecer e acionar sobre os problemas de saúde estabelecidos, que tivessem uma resposta a nível primário de atenção, como é possível atingir um volume grande de usuários trabalhando em equipe, o trabalho dividido entre todos é como podemos ajudar mais esse povo necessitado de saúde, além de conhecer os agravos que os afetam.

Os estudos em cada unidade de aprendizagem ajudaram a conhecer mais sobre o funcionamento da equipe e as características do município, comunidade, estrutura física e processo de trabalho da UBS. Contribuiu também para a aproximação e melhoria no relacionamento com a secretaria de saúde e o gestor municipal da saúde.

Eu gostei da forma em que se desenvolvem os casos de prática clínica que são motivos frequentes de consulta na atenção básica e que nós tratamos

de diferente maneira em outros países e antes de debater o caso entre os colegas e professores, os testes de qualificação cognitiva que nos permitem interagir diferentes situações que ocorrem em nosso entorno de trabalho de forma diária e que muitas vezes não tem a resposta adequada.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e a melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

Hoje conhecemos melhor os protocolos estabelecidos no Brasil para cada uma das ações programáticas indicadas pelo ministério da saúde, eu me sento mais preparado para uma atenção de qualidade na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, que antes de desenvolver o curso, hoje tem uma atenção realizada de forma sistemática. Sendo muito importante conhecer tudo aquilo a desenvolver na saúde coletiva, esse é o caminho que deve ter a atenção primária de saúde no Brasil no acompanhamento do povo brasileiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.

BORGES, T. T. et al. Prevalência de autorrelato da morbidade e conhecimento sobre diabetes: estudo populacional de uma cidade no sul do Brasil. Rev. bras. Cine antropom. Desempenho hum. [online], vol.14, n.5, p.562-570, 2012.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)B.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Apêndices

Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Figura 3 Fotografia da pronúncia aos usuários do Projeto de Intervenção



Figura 4: Fotografia da pronúncia da equipe pelo Projeto de Intervenção



Figura 5: Fotografia da reunião de capacitação da equipe e NASF



Figura 6: Fotografia de a visita domiciliar da equipe e NASF



Figura 7: Fotografia da avaliação nutricional



Figura 8: Fotografia da consulta do programa.




Figura 9: Fotografia de pesquisa dos usuários.



Figura 10: Fotografia da intervenção medica em palestra e intercambio com comunidade.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

C10
fx

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
4	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		453	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (1). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (1). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização. </div>								
5	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		113									
6												
7												
8												
9	HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> OBSERVAÇÕES Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado correndo as fichas de hipertensos/fichas exemplo/fichas. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético. </div>					
10	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção											
11	DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4						
12	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada											
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

***Estimativa no território**

População total	3020
-----------------	------

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	2023,4
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS [22,7%] (VIGITEL, 2011)	459
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS [5,6%] (VIGITEL, 2011)	113

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
 Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

A7 fx

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									

Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante